

Etude Microbiologique de Cent Ectasies du Sac Lacrymal

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston PATOISEAU

né à PLÉMEUR (Morbihan) le 10 Novembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

ETUDE MICROBIOLOGIQUE
DE CENT
ECTASIES DU SAC LACRYMAL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année scolaire 1922-1923 — N° 21

Etude Microbiologique de Cent Ectasies du Sac Lacrymal

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston PATOISEAU

né à PLŒMEUR (Morbihan) le 10 Novembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSE
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	X
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOEL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *Président*; M. THÉVENOT Lucien, *Assesseur*;

MM. PIÉRY et FAVRE, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Sa vie, faite de labeur et de sacrifices, restera pour nous le plus beau des exemples. Que ce modeste travail soit pour elle le faible témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre tendresse infinie.

A MON PÈRE

Humble témoignage de vive gratitude et de grande affection.

A MON FRÈRE MAURICE

Professeur de dessin. Diplômé de l'Etat

Notre attachement pour lui, fait de joies, de souvenirs et d'émotions communes, nous est un don des plus précieux.

A MES SŒURS
MARGUERITE ET GABRIELLE

Gage d'une forte et bien douce
amitié.

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE ROLLET

*Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique*

Il nous inspira le sujet de ce travail. Nous l'assurons de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BUSSY

Chef de Clinique ophtalmologique

Qui nous a aidé de ses conseils et nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Nous sommes heureux de lui exprimer toute notre reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

ETUDE MICROBIOLOGIQUE DE CENT ECTASIES DU SAC LACRYMAL

INTRODUCTION

Le temps n'est plus où cette tumeur de l'angle interne de l'œil était considérée comme résultant d'un agglomérat de concrétions des canalicules lacrymaux. . . D'étape en étape, et parallèlement aux découvertes anatomiques, l'origine infectieuse s'est fait jour parmi les nombreuses conceptions des auteurs anciens.

Le processus microbien étant établi définitivement, quelques travaux parurent alors sur la bactériologie des maladies des voies lacrymales et ces derniers suffiraient seuls à démontrer l'importance que les auteurs attachent aujourd'hui à cette question.

Durant notre long stage à la clinique d'ophtalmologie de M. le professeur Rollet, nous avons été frappé par les nombreux malades porteurs de dacryocystites; c'est alors que nous avons voulu tenter, avec l'aide précieuse de M. le docteur Bussy, la détermination des principaux agents microbiens, causes effectives de

ces dacryocystites. Aborder ce problème, c'était du même coup effleurer le vaste champ de la bactériologie. Aussi avons-nous, de par ce fait, cristallisé nos recherches en nous basant sur les examens bactériologiques de nombreux cas observés pendant notre long séjour à la clinique de notre maître.

Nous nous proposons donc, de passer en revue, dans un premier chapitre, les diverses contributions apportées à l'étude du sujet qui nous intéresse.

Après cet exposé sommaire, il nous paraît utile de rappeler certaines considérations étiologiques, dont la connaissance parfaite est féconde en déductions pratiques. Elles nous aideront en plus à saisir le mécanisme de l'infection des voies lacrymales qui fera l'objet de notre troisième chapitre.

Le chapitre IV sera consacré à la pathogénie de l'infection lacrymale. Nous nous sommes efforcés ici, en poursuivant justement le double but, de faire le diagnostic microbiologique des dacryocystites en étudiant leurs microbes et de prendre en considération la symptomatologie de chacune d'elles, due à un microbe déterminé. Quoique les symptômes des dacryocystites semblent peu changés avec la variété du micro-organisme causal ; il en est, de ces agents microbiens, et signalés dans ce même chapitre, qui donnent à l'infection une symptomatologie assez particulière. De telle sorte qu'un faisceau de symptômes incarnerait bien souvent l'origine d'une variété microbienne et réciproquement un même agent microbien ferait éclore des symptômes particuliers. L'étude microbiologique devient alors naturellement la sanc-

tion complémentaire de la clinique. Enfin, de la connaissance causale d'une dacryocystite découle une thérapeutique rationnelle qui amène ultérieurement une guérison plus rapide et plus complète.

Les cent observations que nous publions ont été recueillies à la clinique de M. le professeur Rollet, durant les deux années précédentes, et c'est d'après le nombre correspondant d'examens bactériologiques, avec l'aide éclairée du docteur Bussy, chef de clinique ophtalmologique, que nous avons pu eriger une classification par ordre de fréquence des principaux agents microbiens.

Nous ne voudrions pas, en exposant cette étude bactériologique, omettre de faire ressortir que cette dernière exige une expérience clinique et bactériologique au-dessus de la nôtre ; c'est pourquoi nous avons eu recours à la haute expérience de deux maîtres bienveillants qui ont facilité notre tâche et que nous sommes heureux de remercier bien sincèrement.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique.

Il est intéressant de remonter le cours de l'histoire pour saisir dans ses différentes phases l'évolution de cette entité pathologique que constitue la dacryocystite. Jusqu'à la découverte anatomique des voies lacrymales, les cautérisations larges et profondes seront appliquées contre la tumeur du grand angle de l'œil. C'est là la première étape.

La deuxième est marquée par la connaissance anatomique des voies lacrymales, les auteurs abandonnèrent les méthodes caustiques pour chercher à modifier et à les désobstruer.

Enfin, la troisième, plus récente, s'enrichira des recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques ; lesquelles nous ferons saisir la genèse d'un processus qui est, avant tout, d'origine infectieuse.

A l'époque Egyptienne et Hindoue, mille ans avant Hippocrate, dans la nécropole de Thèbes, fut trouvé un papyrus donnant l'indication d'un onguent destiné

à guérir une tumeur au voisinage du nez, probablement une dacryocystite. Les Indous, auteurs appartenant à la classe des Brahmanes, font mention de l'abcès qui apparaît dans le grand angle de l'œil.

L'école hippocratique pour laquelle le cerveau était une glande donnant naissance aux sécrétions destinées aux yeux, bouche, oreilles, moelle épinière ; décrit le larmolement par suite de l'irritation de l'œil et un abcès développé au voisinage de l'appareil oculaire.

A l'époque Alexandrine et Romaine, Celse donne le nom d'Aegilops (chèvre) à un ulcère fistuleux développé au niveau de l'angle interne de l'œil ; ce trajet fistuleux était pour lui d'origine osseuse et il préconisait la cautérisation au fer rouge. Archigène recommande l'emploi de pommades et l'incision avec application de plomb fondu. Galien entrevoit la constitution de l'appareil excréteur. Paul d'Egine fait l'incision de la tumeur et emploie le fer rouge afin de donner passage au pus dans les cavités nasales. Rhazès, de l'école arabe, recommande le massage et le bandeau compressif au début de la dacryocystite. S'il y a abcès, incision et perforation de l'os au fer rouge pour laisser écouler le sang par le nez. Avicenne prescrit les injections astringentes dans le nez. Au ^{xiii}^e siècle, Bienvvenu de Jérusalem donne un aperçu de la physiologie de l'appareil lacrymal.

Alors commence la deuxième période, pendant laquelle on discute l'origine primordiale, mécanique ou inflammatoire de la maladie ; c'est l'époque des recherches anatomiques. Anel, en 1713, étudie l'ana-

tomie des voies lacrymales. J.-L. Petit, en 1730, Fallope et Vésale, donnent une description exacte des canalicules lacrymaux. Paré fait la cautérisation ignée du sac et connaît les rapports entre l'ozène et la fistule lacrymale. Sténon donne l'anatomie des glandes et des conduits excréteurs. Les connaissances nouvelles vont devenir fréquentes. Heister démontre, au XVIII^e siècle que la carie osseuse, l'ulcération des parties molles sont des conséquences de l'inflammation du sac. Guérin, en 1769, étudie les maladies qui attaquent les voies lacrymales. Pour cet auteur, ces affections sont l'obstruction, l'oblitération des points lacrymaux et l'ulcération des conduits du même nom ; l'hydro-pisie et l'ulcération du sac nasal ; l'obstruction, l'oblitération et l'ulcération du conduit nasal. Voici l'explication qu'il donne de l'ulcération du sac et du canal nasal : « L'ulcération peut être occasionnée par une inflammation, par un dépôt d'humeur, par un grain de petite vérole, par quelques vices particuliers. L'oblitération du canal est souvent l'effet d'une ulcération qui la précède. Il est encore possible que des cicatrices grossières rétrécissent ce canal et l'oblitérent, comme il peut arriver qu'un simple gonflement de ses parois accompagné d'inflammation en occasionne la coalition. »

Le siècle suivant s'enrichit des travaux de Scarpa (1801), de Schmidt (1803), sur l'oblitération des conduits excréteurs, la dacryoadénite ; l'inflammation du sac (hydrops, varice lacrymale). Scarpa, dans une de ses observations cite le cas d'une jeune fille, affectée d'une tumeur lacrymale ; il y avait deux ans que la

maladie existait, sans que la tumeur et l'écoulement d'une matière puriforme eussent offert le moindre changement ni en bien ni en mal. Il survint une *inflammation aiguë qui parcourut toutes ses périodes* et qui céda par la suite au traitement appliqué. Cet auteur donc, entrevoit l'inflammation et cherche à en saisir l'origine et voici l'explication qu'il en donne : « Il peut cependant arriver que les larmes qui s'écoulent soient mêlées de quelques mucosités, ce n'est jamais dans les premiers temps de la formation de la tumeur et on peut regarder cette mucosité comme le produit de la membrane du sac devenue organe sécréteur par l'irritation lente qu'elle a éprouvée. La cause immédiate de cette espèce de tumeur réside dans les parois du sac, devenues évidemment organes sécréteurs d'une mucosité qui doit être limpide et dont la congestion chaque jour augmentée, les distend insensiblement. Les causes éloignées résident dans l'absence des points lacrymaux ; que l'on a pu déterminer comme étant congénitale ou qui est la suite de la petite vérole, d'une inflammation. » En résumé, pour cet auteur, l'inflammation est le résultat de l'abondance du liquide, de sa densité, de sa tension qui corrode les parois du sac.

Puis viennent Dumours (1816), Mackenzie (1819), ce dernier reconnaît à l'inflammation chronique des organes excréteurs cinq périodes dont l'ultime est la carie. Pour Boyer (1831), la fistule lacrymale peut être compliquée de fongosités nées de la membrane interne du sac, de carie à l'unguis ou à l'ethmoïde. Velpeau (1838) combat la doctrine de Scarpa sur l'idée de

la formation de la tumeur résultant d'un obstacle mécanique au cours des larmes; il s'agit de *lésions inflammatoires*. A une époque plus rapprochée de nous, Panas, dans son important mémoire de 1877, trace l'étiologie de la dacryocystite, l'inflammation catarrhale du sac peut être idiopathique, c'est-à-dire naître sur place ou bien résulter de l'extension d'une plegmasie de la conjonctive ou de la muqueuse des fosses nasales.

Comme on le voit, dans cette longue période qui s'étend depuis la connaissance exacte de l'anatomie des voies lacrymales jusqu'à l'époque des derniers travaux cités, les auteurs s'attachent peu à la pathogénie, le traitement seul les préoccupe. Cependant les idées anciennes sur l'étiologie de l'inflammation vont faire place peu à peu aux idées nouvelles. Les recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques viendront confirmer ce que déjà Panas énonçait dans son mémoire de 1877, c'est-à-dire que l'inflammation devait avoir une origine infectieuse.

Ici, dans les voies lacrymales d'excrétion comme dans tous les points de l'économie, les agents pathogènes les plus divers peuvent être à l'origine d'un processus inflammatoire et infectieux.

Cette troisième période verra s'accumuler les travaux assez nombreux sur la microbiologie des inflammations du sac et des voies lacrymales d'excrétion. Levinçon, dans sa thèse de Paris, 1893, sur *l'Etude clinique, bactériologique et critique des maladies des voies lacrymales*, apporte des révélations nouvelles. Cet auteur fait remarquer le rôle considérable que

peut jouer une infection quelconque et celle-ci peut avoir des points de départ différents; conditionnée par les connexions anatomiques des voies lacrymales avec la conjonctive et la muqueuse nasale. En outre la muqueuse du canal nasal présente un caractère commun avec celle des fosses nasales, c'est-à-dire d'être intimement unie au périoste du canal osseux, d'où résulterait, pour Levinçon et différents auteurs, un troisième mode de propagation rapide des inflammations des os à la muqueuse du canal nasal. Les deux muqueuses sont d'ailleurs continues l'une à l'autre.

Puis Mazet, dans son *Etude bactériologique et clinique des empyèmes du sac lacrymal*, 1895, ajoute des faits nouveaux à la question. Ce sont, plus tard, les ouvrages de Roche sur la *péricystite* (1902) *lacrymale*, de Gabriélidès (1901) sur l'*Embryologie des voies lacrymales et quelques cas de dacryocystites microbiennes*; l'article de Gourfein dans la « Revue Médicale de la Suisse Romande »; de Casali dans la « Revue générale d'ophtalmologie » (1901), sur la *Bactériologie des dacryocystites* (page 101). Citons enfin le rapport présenté en 1911 au *Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie* par notre Maître M. le Professeur Rollet, sur la *Tuberculose des voies lacrymales*. Toutes ces études viennent jeter quelques lumières sur cette question de pathogénie si longtemps obscure des affections des voies lacrymales.

Plus rapproché de nous, signalons les considérations sur la dacryocystite congénitale de Morax dans son « *Traité de pathologie oculaire* » (1921). Nous ne vou-

drions pas oublier les recherches intéressantes faites par les nombreux auteurs sur l'existence de la dacryocystite d'origine infectieuse ; ouvrages mentionnés dans notre bibliographie.

Aujourd'hui les documents, quoique épars, existent et permettent d'établir une pathogénie appuyée sur des bases scientifiques. Mais disons-le, en terminant ce chapitre, ce sont les cultures de pus des sacs lacrymaux qui ont permis d'établir, par des recherches microscopiques l'existence indubitable de l'origine microbienne de la dacryocystite. L'infection primitive ou secondaire du sac lacrymal est donc actuellement connue et les travaux à son sujet sont déjà assez nombreux. Nos efforts, secondés par l'expérience du docteur Bussy, ont essayé de superposer au type clinique le type bactériologique et anatomo-pathologique correspondant. La pluralité des agents pathogènes d'une part, et le mode de réaction de la muqueuse du sac et des conduits lacrymaux vis-à-vis de ces derniers, d'autre part, ne nous ont pas donné les résultats complets entrevus en abordant ce problème. Il n'en est pas moins vrai que l'infection longtemps méconnue ou masquée, a pris définitivement droit de cité en pathologie des voies lacrymales.

CHAPITRE II

Etiologie.

Le processus infectieux lacrymal doit son développement à deux conditions; c'est d'abord la présence de l'agent pathogène, c'est ensuite un terrain particulièrement favorable à son éclosion et à sa propagation. Il en résultera donc que l'infection des voies lacrymales d'excrétion sera conditionnée par deux ordres de causes : les unes prédisposantes, les autres déterminantes.

A) CAUSES PRÉDISPOSANTES

Il existe une *prédisposition anatomique*. Rochon-Duvigneaud, par ses recherches anatomiques très intéressantes, a montré les dispositions qui font varier les effets d'une infection. Chez le nouveau-né, dans nombre de cas, l'orifice inférieur du canal est fermé; chez l'adulte, à côté des canaux larges de 4 millimètres de diamètre, d'autres sont étroits et présentent des diverticules accessoires. Ces conditions anatomi-

ques particulières favorisent certainement le développement des micro-organismes.

Le *sexe* également exerce son influence. Le sexe féminin paye un tribut plus lourd que celui payé par le sexe masculin. Cette prédominance marquée par la femme de la phlegmasie lacrymale a été relatée par les cliniciens. M. le Professeur Rollet, dans son traité sur la *Tuberculose des voies lacrymales*, rapporte la statistique des différents auteurs. Fano et Subert (*catarrhe du sac lacrymal*, thèse de Paris, 1863), d'après 47 malades, notent que le sexe féminin, comparative-ment au sexe masculin, est frappé 87 fois sur 100. Badal (*Bulletin de la Société de Biologie*, 1877), sur 165 cas, 65 0/0. Larebière (Thèse de Paris, 1881), sur 534 cas, 57 0/0. Le Professeur Rollet trouve d'après 501 cas personnels observés en 6 ans, 65 0/0 (326 femmes et 175 hommes. D'après nos 100 cas, nous trouvons 71 femmes pour 29 hommes.

L'on a invoqué la mise en jeu de l'accommodation pour la couture provoquant le larmolement, premier stade d'une inflammation lacrymale.

Le *côté* aurait quelque influence; on admettait autrefois que la dacryocystite était plus fréquente à gauche qu'à droite.

Malgaigne en donnait l'explication par l'étroitesse plus marquée du canal lacrymo-nasal gauche. Badal trouve le côté droit atteint 59 fois, le côté gauche 57 fois. Gayet fait les mêmes remarques sur 655 sujets. Le Professeur Rollet trouve une fréquence plus marquée à droite qu'à gauche. Il faut donc attacher peu d'importance à ces constatations puisque, somme

toute, les voies lacrymales sont intéressées dans des proportions sensiblement égales à droite ou à gauche.

Le rôle de l'âge est aussi remarquable. La dacryocystite se voit souvent chez l'adulte et le sénile. Le Professeur Rollet, d'après les relevés de 6 années, de 1905 à 1911, trouve 501 cas de dacryocystites inflammatoires traitées diversement ; l'âge des sujets est indiqué ci-dessous :

De la naissance à 10 ans.....	42 cas
De 11 ans à 20 ans.....	81 —
De 21 ans à 40 ans.....	178 —
De 41 ans à 60 ans.....	115 —
De 61 ans à 89 ans.....	85 —

D'après cette statistique, on voit que les dacryocystites se voient dans la proportion de 24 0/0 au-dessous de 21 ans. L'âge moyen des lacrymaux simples serait donc de 37 ans d'après les 501 cas précités.

La fréquence de la *bilatéralité*, quoique relative, peut être notée. Badal, sur ses lacrymaux, voit les deux côtés lésés dans 29 0/0 des cas, et Larebière 17 0/0.

Mais s'il faut tenir compte de ces causes inhérentes à l'individu, on est obligé d'accorder une plus large part à une série d'*influences* dites *accidentelles*.

Ce sont, en première ligne, les *corps étrangers* des voies lacrymales d'excrétion tels que les cils, cas observés et relatés par Mackenzie, Monteath; ces derniers sont rencontrés aussi bien dans le conduit supérieur que dans l'inférieur. On a vu la grosse extrémité

du cil s'avancer parfois jusque dans le sac. Les symptômes sont communs avec ceux occasionnés par les autres corps étrangers, c'est-à-dire larmoiement, inflammation vive de la caroncule et du repli semi-lunaire.

Notons aussi les *corps étrangers végétaux*; barbes d'épis de céréales, comme dans le cas de Kneschke : d'une barbe d'épi de blé qui s'était introduite dans le conduit supérieur; de Monoyer, qui a extrait du point lacrymal inférieur une barbe d'épi d'orge de 6 $\frac{m}{m}$ de long ; une de nos observations comporte un cas analogue. Enfin, ce sont des *éclats métalliques*, tel le fragment de tournure de cuivre trouvé par Tayer dans le point lacrymal inférieur.

Les anciens auteurs attachaient beaucoup d'importance aux *concrétions* se formant dans les voies lacrymales; ce sont pour eux des calculs ou *dacryolithes* qui occupent le plus souvent le conduit lacrymal inférieur ayant le volume d'un grain de chènevis; quelquefois même, une grosseur exceptionnelle de 6 $\frac{m}{m}$ de long sur 3 $\frac{m}{m}$ de large comme dans le cas de Pagensstecher, mentionné dans les « *Archives für Augen und Ohren Heikunde* », de 1874. Des observations de calculs des voies lacrymales sont données par Travers, Benjamin Bell, de Graefe. Voici de ce dernier auteur une observation extraite des *Archives für Ophtalmologie* : Il s'agit d'un homme de 40 ans atteint de dacryocystite suppurée, l'incision fut faite et on fit sortir une substance pâteuse, comprenant de nombreux cristaux de cholestérine, des globules graisseux et des noyaux colorés en rouge, orange sombre provenant

sans doute d'un ancien épanchement de sang dans le sac. Bouchardat en donne l'analyse, son examen révèle des matières organiques, des sels calcaires : carbonates et phosphates de chaux et des sels magnésiens. Les symptômes étaient ceux de l'inflammation suppurative du sac, avec dureté considérable, irrégulière des parois qui étaient épaissies et fongueuses.

Les symptômes occasionnés par ces calculs sont, en général, une dilatation anormale du conduit, un écoulement par le point lacrymal, sous l'influence de la pression, d'un liquide trouble puriforme. La tumeur, dont le canalicule est le siège, fait saillie aussi bien du côté de la peau que du côté de la conjonctive.

Certains *parasites*, par leur accumulation en amas, surtout dans le conduit lacrymal inférieur, peuvent occasionner les symptômes suivants : épiphora, gonflement sur le trajet du conduit, tumeur cylindroïde dure et peu compressible au toucher, blennorrhée du conduit accompagnée d'un gonflement inflammatoire vif du voisinage. Ces parasites appartiendraient surtout au genre *leptothrix*. Von Graefe, en 1864, cite 11 cas de ce genre.

Enfin des *polypes* des conduits lacrymaux ont été signalés par Walther, Von Graefe, Demours. Ce sont de petites excroissances appendues à la muqueuse ; des bourgeons charnus polypoïdes consécutifs à une ophtalmie purulente ou granuleuse qui aurait détruit la couche épithéliale des conduits.

Citons, en dernier lieu, les *traumatismes*. Panas fait remarquer que les ulcérations des points et conduits lacrymaux sont graves par leurs conséquences ;

il y a apparition consécutive d'une oblitération des conduits. L'introduction maladroite d'instruments divers dans un but thérapeutique peut occasionner des lésions de la muqueuse, il en résulterait des déchirures transversales auxquelles succèdent des rétrécissements annulaires. Signalons parmi les traumatismes, les fractures du canal nasal ; il y aurait alors quelquefois détachement d'esquilles, celles-ci peuvent faire saillie dans l'intérieur du canal et l'oblitérer plus ou moins complètement. La fracture s'accompagnerait de dacryocystite comme Mackenzie, Boyer l'avaient déjà signalée et comme l'a étudiée tout récemment Theoris dans son article sur les dacryocystites par fractures du canal nasal (*Echo médical du Nord*, 24 sept. 1905, et *Revue Générale d'Ophtalmologie*, p. 31, 1906).

Telles sont les causes favorisant l'inflammation et consécutivement l'infection de la muqueuse des voies lacrymales. L'Ecole des anciens auteurs avec Weber, Stilling, Bowman étayèrent leur théorie de l'origine mécanique des tumeurs du sac sur des faits anatomo-pathologiques incontestables.

Pour eux, ces causes étaient non pas favorisantes, mais déterminantes. Mais, s'il est un certain nombre de dacryocystites dont l'origine peut être expliquée par la théorie de l'obstruction primitive, il en est d'autres, très nombreuses qui se refusent absolument à recevoir une semblable interprétation. Actuellement on peut admettre, en se basant sur les observations anatomo-pathologiques et bactériologiques que l'inflammation peut seule être regardée comme consti-

tuant l'élément primordial de la maladie ; cette même inflammation étant conditionnée par la présence des micro-organismes qui se trouvent en contact avec la muqueuse des voies lacrymales.

En définitive, comme le fait remarquer M. le professeur Rollet dans son enseignement, *l'infection est à l'origine de toutes les inflammations du sac lacrymal. L'inflammation du canal lacrymo-nasal est primordiale, elle est suivie de sténose et en amont le sac lacrymal enflammé s'ectasie.* La tumeur lacrymale par rétention est donc post-inflammatoire. Elle est généralement chronique au début. Si le sac est aminci à contenu clair ou visqueux, c'est la varice, c'est l'hydropisie des vieux auteurs, la mucocèle en définitive, ce sont des ectasies du sac lacrymal chroniques à infections atténuées. Ultérieurement, sous l'influence de poussées subaiguës ou aiguës, la tumeur lacrymale devient l'empyème du sac, puis le tissu cellulaire situé au devant et à la partie externe du sac s'enflamme, c'est la péridacryocystite.

B) CAUSES DÉTERMINANTES

Elles sont conditionnées par la présence dans les voies lacrymales d'excrétion, des différents *agents microbiens* pathogènes dont l'étude est exposée dans le chapitre de la pathogénie.

CHAPITRE III

Mécanisme de l'infection lacrymale.

Il faut faire jouer un rôle considérable à une infection quelconque, celle-ci pouvant avoir les trois points de départ suivants : la conjonctive, qui normalement est habitée par le staphylocoque ; la muqueuse nasale, siège fréquent d'infections variées ; enfin les parties avoisinantes et spécialement les os.

La *conjonctive* est, en effet, un milieu offrant les conditions favorables au développement des micro-organismes, car il présente la chaleur, l'humidité et l'alcalinité nécessaires. En outre, le staphylocoque doré se trouve en permanence sur la conjonctive. On comprend dès lors facilement une infection des voies lacrymales par le staphylocoque doré, infection dont l'origine conjonctivale sera presque certaine si dans le liquide du sac on trouve ce staphylocoque ; ce qui a lieu précisément dans quelques-unes de nos observations.

Quant à la deuxième proposition, elle se démontre par l'association fréquente du staphylocoque hôte

normal de la conjonctive et d'un bacille fluorescent non liquéfiant habitant les fosses nasales chez l'homme. Levinson en donne les caractéristiques c'est un bâtonnet mobile, ne liquéfiant pas la gélatine, formant trainées blanchâtres à bords frangés, en même temps donnant une teinte verdâtre au milieu de culture.

Mais surtout, la présence si fréquente, nous pourrions dire presque constante du pneumocoque hôte des voies nasales, dans les cultures de pus provenant de dacryocystite suffit à démontrer le danger de l'infection des voies lacrymales d'excrétion par contiguïté avec les fosses nasales. Nos 100 observations nous révèlent que les cultures de pus nous ont donné 34 cas à pneumocoque.

Une seule objection pourrait s'élever contre cette deuxième proposition. La conjonctive, en effet, offre aux voies lacrymales, de par la multiplicité de sa flore microbienne, des sources variées d'infection. Puisqu'il est possible au staphylocoque de la conjonctive d'infecter secondairement les voies lacrymales, rien n'empêche que le pneumocoque, agent pathogène des conjonctives, vienne infecter l'appareil lacrymal excréteur. Au point de vue fréquence dans les conjonctives, le pneumocoque s'observe dans les proportions suivantes. D'après les statistiques de Gorin, sur 365 conjonctivites on note 11 fois le pneumocoque. Pollak, sur 204 conjonctivites, a constaté 3 fois le pneumocoque. On peut donc en admettre, que le pneumocoque est relativement rare dans les conjonctivites comparativement aux autres agents

microbiens, tels que : staphylocoque, diplobacille de Morax, etc... Malgré cette infime priorité du pneumocoque dans l'ordre de fréquence des agents pathogènes des conjonctivites, il nous faut démontrer que les conjonctivites à pneumocoque n'entraînent pas, ou très rarement, une dacryocystite secondairement. Or, la conjonctivite à pneumocoque s'accompagne souvent d'un catarrhe nasal et pharyngien, lequel peut même précéder la conjonctivite de quelques jours, son absence est rare. Les voies lacrymales sont souvent oblitérées tant chez l'adulte que chez les nouveau-nés, il peut même exister une dacryocystite latente ou manifeste. Il semblerait donc que loin d'être l'origine d'une dacryocystite la conjonctivite à pneumocoque serait plutôt secondaire, une résultante de cette dernière ; puisque les conjonctivites à pneumocoques en général sont précédées de catarrhe nasal et pharyngien.

Il en résulterait de cette deuxième proposition que la *muqueuse nasale* serait la source infectieuse des voies lacrymales d'excrétion, l'infection étant conditionnée par la réceptivité de sa muqueuse.

Nous pouvons donc, en résumant ces deux modes d'infection admettre que cette dernière se fait : de dehors en dedans, de l'extérieur vers la profondeur, qu'elle débute soit par la conjonctive, soit par le nez et ses annexes (sinus de la face) ; elle est alors conséquence de rhinites catarrhales, inflammation des sinus surtout maxillaire, de l'ozène, etc...

Enfin, il nous reste la troisième proposition ; l'infection se fait de dedans en dehors, de l'organisme

vers les voies lacrymales ; de la profondeur à la superficie. Elle se fait surtout par les *parties touchant immédiatement les voies lacrymales*, c'est-à-dire par les os, unguis, apophyse montante du maxillaire supérieur, cornet inférieur, paroi interne du sinus maxillaire. La muqueuse du sac n'est séparée de l'apophyse montante que par un mince feuillet fibreux et la muqueuse du canal nasal est intimement adhérente au périoste des portions osseuses constituant de ce conduit ; de même que la pituitaire est fortement adhérente au périoste des fosses nasales. Si l'os vient à s'infecter pour une cause quelconque, l'infection peut se propager à la paroi du sac et du canal et amener finalement une infection de la surface muqueuse de ces conduits. Pour Levinçon, la lésion osseuse est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit, elle est souvent la cause du catarrhe du sac. Cependant M. le professeur Rollet admettrait cette troisième proposition avec toutes réserves.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Les causes effectives, déterminantes des dacryocystites sont les microbes, charriés dans les voies lacrymales d'excrétion et venus des différentes régions indiquées précédemment. Inoffensifs quelquefois, ils deviennent pathogènes sous l'effet d'une cause favorisante. Leur variété et leur nombre sont considérables, presque tous les microbes pathogènes de l'organisme peuvent provoquer une maladie des voies lacrymales. Aussi, loin de vouloir passer en revue les divers micro-organismes, ce qui serait étudier toute la microbiologie, nous envisagerons les principaux agents pathogènes que le hasard de la clinique nous aura procuré. L'aspect et la symptomatologie clinique provoqués par ces différents microbes sont assez souvent bien distincts et d'autres fois assez ressemblants; c'est-à-dire qu'il y a des dacryocystites de la même apparence engendrées par des microbes différents. Autant que faire se peut, nous avons édifié la classi-

fication des dacryocystites suivant leur origine microbienne en posant leur diagnostic avec le microscope, tout en nous aidant de leur aspect clinique. La collaboration de l'aspect clinique est corroborée par l'étude microbiologique.

Malgré ces données, il faut savoir que chez certains malades il peut exister un agencement compliqué des symptômes, par symbiose ou par superposition des différents microbes. Dans ces cas complexes, il faut pouvoir démêler et interpréter les différents symptômes d'une dacryocystite et savoir expliquer l'étiologie se rattachant à tel microbe plutôt qu'à tel autre.

I. — DACRYOCYSTITE POLYMICROBIENNE

La dacryocystite suppurée polymicrobienne est causée par différentes variétés de microbes, agissant soit ensemble, soit isolément, soit successivement ; les symptômes de ces dacryocystites sont :

Première période : Larmolement depuis plusieurs années.

Sensation de gêne, de picotement derrière les paupières.

Apparition d'un liquide limpide, puis louche à la moindre fatigue imposée à l'œil. Paupières collées au réveil.

C'est la première période, celle de la goutte purulente lacrymale.

Deuxième période : Empyème du sac, ectasie avec suppuration sacculaire, tuméfaction de la région du sac.

Troisième période : Fistulation.

Le professeur Rollet n'admettant pas la cinquième période l'« ostéite des anciens auteurs ».

Mais au cours d'une dacryocystite polymicrobienne arrive parfois un épisode, à cause d'une prédominance ou d'une exaltation dans la virulence d'un microbe préexistant

(Se reporter au chapitre des observations, 1^{re} série.)

II. — DACRYOCYSTITE STREPTOCOCCIQUE

Au cours d'une dacryocystite chronique, secondairement la région du sac s'enflamme, se gonfle, devient rouge, chaude, douloureuse ; le pus devient abondant et il est accumulé, non seulement dans le sac, mais aussi dans le tissu conjonctif présacculaire ; c'est alors une péri-dacryocystite qui domine avec le phlegmon lacrymal concomitant. Les paupières sont gonflées, les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont influencés, augmentés de volume et douloureux ; le malade accuse une céphalée ; quelquefois même des nausées, de l'inappétence, de la fièvre ; c'est là, en somme le tableau d'une dacryocystite aiguë ; cet état aigu dure jusqu'à la rétrocession des symptômes, qui arrive, soit après fistulation, le plus souvent, soit après l'évacuation du pus à travers les voies lacrymo-nasales. Signalons ici l'*empyème phlegmoneux de Mazet* et la *dacryocystite purulente de Sattler*, ainsi que la *dacryocystite aiguë et la péri-cystite de Morax*.

Nos observations nous révèlent de la péridacryocystite.

(Se reporter au chapitre des observations, 2^e série.)

III. — DACRYOCYSTITE A PNEUMOCOQUES

Ce sont les symptômes généraux communs aux dacryocystites polymicrobiennes. L'infection passe par les deux premières périodes : période de la goutte purulente lacrymale ; période de l'empyème du sac. Mais très souvent, le processus infectieux ne franchit pas les limites du sac et ne donne pas de péricystite ni de fistule. Quelquefois on peut observer de la conjonctive angulaire ; nos observations confirment ces quelques points ; les cultures de pus ont été faites et ont révélé du pneumocoque.

IV. — DACRYOCYSTITE A DIPLOBACILLES

Les symptômes sont ceux d'une dacryocystite chronique, le processus infectieux franchit les quatre périodes. On note, chose curieuse, presque toujours de la conjonctive angulaire marquée, associée aux autres symptômes. Sur dix observations que nous présentons de dacryocystite à diplobacilles, nous en relevons sept avec de la conjonctivite ; l'une est bilatérale et à l'œil droit et à l'œil gauche. Nous notons de la conjonctivite apparaissant par poussées.

(Se reporter au chapitre des observations, 4^e série.)

V. — DACRYOCYSTITE A STAPHYLOCOQUES

Le staphylocoque doré est très souvent seul dans les cultures ; il apparaît aussi en association avec d'autres agents pathogènes tels que le tétragène, le streptocoque, le diplobacille et le colibacille.

Les symptômes qu'il occasionne sont communs avec ceux d'une dacryocystite polymicrobienne. Seulement Mazet signale un cas d'*emphyème subaigu enkysté*, du au staphylocoque. Gabrielidès cite le cas d'un jeune garçon, âgé de un mois, ayant été atteint de *péricystite à staphylocoques*.

(Se reporter au chapitre des observations, 5^e série.)

VI — DACRYOCYSTITE A BACILLE DE PFEIFFER

Ce bacille donne généralement une dacryocystite chronique, avec tous ses symptômes. Cette infection des voies lacrymales d'excrétion par cet agent a été observée à la suite de symptômes grippaux.

(Se reporter au chapitre des observations, 6^e série.)

VII. — DACRYOCYSTITE A COLIBACILLES

Dacryocystite à allure chronique. Peut donner lieu à un *emphyème plegmoneux du sac* (Mazet). Se trouve dans les dacryocystites des nouveaux-nés.

(Se reporter au chapitre des observations, 7^e série.)

VIII. — DACRYOCYSTITE A BACILLES DE KOCH

Celle-ci a été étudiée d'une façon remarquable par M. le Professeur Rollet, dans son rapport de mai 1911,

sur la « tuberculose des voies lacrymales ». Si nos observations comportent un pourcentage peu élevé en faveur du Bacille de Koch, c'est que ce dernier se révèle rarement à l'examen bactériologique ; mais, par contre, l'infection bacillaire lacrymale se signe par des formes cliniques variées. Ces dernières sont :

1° La tumeur lacrymale fongueuse.

2° Le larmolement simple.

3° La suppuration lacrymale (écoulement purulent, empyème froid).

4° La tuberculose du voisinage avec sa péridacryocystite fongueuse, circonscrite et diffuse, ses fistules et ses ulcères ; ses abcès froids migrateurs, ses tumeurs prélacrymales, sa périostite. Enfin les complications : telles les lésions tuberculeuses à distance, l'adénopathie.

(Se reporter au chapitre des observations, 8° série.)

IX. — DACRYOCYSTITE AMICROBIENNE

Les cultures de ces dacryocystites n'ont rien révélé à l'examen microscopique. L'absence des micro-organisme est due sans doute à la rétrocession progressive et lente des symptômes inflammatoires. Ce sont des dacryocystites dont les débuts symptomatologiques remontent à des dates très anciennes ; très souvent, le larmolement a apparu vingt ans avant les poussées inflammatoires violentes, voir même quarante ans avant, comme dans le cas de certaines de nos observations.

(Se reporter au chapitre des observations, 9° série.)

Après avoir étudié les différents micro-organismes que nous avons trouvés régulièrement à l'examen de nos cultures, il nous faut faire mention de quelques agents pathogènes révélés par certains auteurs dans les infections des voies lacrymales d'excrétion. Ils sont les suivants :

Le *bacille pyocyanique*, cité par Jaulen, chez un lupique, en association avec du streptocoque dans un cas de dacryocystite.

Le *gonocoque*, cas signalé par Antonelli, dans une dacryocystite purulente des nouveaux-nés.

Le *bacillus salvarius septicus*, cité par Evertzky et Beresten dans un cas de dacryocystite chronique compliquée de cataracte et de panophtalmie.

Le *bacillus mesentericus vulgaris*, associé comme saprophyte.

Le *sarcina lutea*, cité par Mazet dans un cas d'empyème subaigu.

Le *bacille diphtérique*. Krauss signale le cas d'une diphtérie oculaire avec gangrène du sac à bacilles de Löffler associés au streptocoques. Quelques auteurs, Tehlenfeld, dans quelques cas de conjonctivites diphtériques ou de rhinites pseudo-membraneuses, signale un gonflement du sac lacrymal, douloureux à la pression, suivi de guérison après injection de sérum.

Le *diplobacille de Morax* occasionne des dacryocystites chroniques.

Le *pneumobacille de Friëdlander* ou de l'ozène. Sattler, Gourfein citent le cas de dacryocystite puru-

lente, Guenot de dacryocystite aiguë par ce micro-organisme. Nous relevons un cas de pneumobacille de Friedlander dans nos observations. Casali, enfin, le cite dans ses statistiques.

Le *bacille de l'influenza* ; Zur-Nedden relève le cas d'une dacryocystite purulente.

Le *bacillus fluorescent*, non liquéfiant ou bactérium-termo ; Levinçon le trouve dans le pus de dacryocystite aiguë. Il se présente sous forme de bâtonnets mobiles et donne au milieu de culture une teinte verdâtre. Sur gélose, la culture est visqueuse, blanchâtre, presque incolore, assez analogue à celle du bacille typhique, mais la culture est plus épaisse ; de même que la gélatine, la gelose aussi prend une teinte verdâtre. Toutes ces cultures développent une odeur de putréfaction.

Ce migro-organisme est très répandu et on le rencontre souvent dans les fosses nasales et dans l'air.

Le *bacille de Mazet*. Mazet, dans sa thèse sur l'empyème du sac lacrymal, a décrit les bacilles A, B, C, D, dont le bacille D est seulement pathogène. C'est un bacille uniforme, à extrémités légèrement arrondies. Il prend très mal et inégalement le gram.

Le *coccobacille du rhinosclérôme*. Ce microbe a été découvert et décrit par Frisch. Il ressemble morphologiquement à celui de l'ozène. Il ne fermente pas le sucre, ne coagule pas le lait et garde le Gram. Il produit quelques modifications pathologiques des conduits lacrymaux, du sac lacrymal et de la conjonc-

tive qui proviendraient de la propagation de la maladie du nez ou rhinosclérose.

Enfin, citons pour mémoire, l'*actinomyose* des canalicules, le *streptothrix Færsteri*, le *leptothrix buccalis* et le *bacille filamenteux de Morax* trouvé dans un cas de concrétion des canalicules.

C'est donc finir ce chapitre en montrant la multiplicité des agents microbiens pathogènes qui peuvent créer une infection des voies lacrymales d'excrétion. Mais, malgré tout, certains micro-organismes se trouvent d'une façon plus constante dans le champ du microscope et ce sont précisément ces derniers qui nous sont donnés dans nos observations.

TABLEAU SYNOPTIQUE

Indiquant la proportion des agents microbiens, de même variété, de 100 dacryocystites recueillies à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET.

AGENT PATHOGÈNE	Proportion	SYMPTÔMES PARTICULIERS
<i>Dacryocystites Polymicrobiennes</i>	9	Symptômes ordinaires + caractères cliniques du microbe déterminant.
<i>Streptocoque</i>	5	Symptômes ordinaires + inflammations aiguës à allure érysipélateuse + fréquence après 50 ans.
<i>Pneumocoque</i>	34	Symptômes ordinaires + conjonctivite angulaire + ulcère à hypopion + péridacryocystite.
<i>Diplobacille</i>	10	Symptômes ordinaires + conjonctivite secondaire angulaire.
<i>Staphylocoque</i>	17	Symptômes ordinaires + évolution chronique et subaiguë + rareté chez le vieillard.
<i>Bacille de Pfeiffer</i>	4	Symptômes ordinaires.
<i>Colibacille</i>	2	Symptômes ordinaires.
<i>Bacille de Koch</i>	2	Tumeur lacrymale fongueuse + larmoiement simple + suppuration lacrymale + tuberculose du voisinage avec péridacryocystite fongueuse + adénopathie + abcès froid + de 12 à 25 ans.
<i>Dacryocystite amicrobienne</i>	17	Symptômes ordinaires atténués + fréquence dans les états lacrymaux anciens; mucocèle et fistule.
TOTAL.....	100	

CHAPITRE V

100 Observations inédites de la Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur Rollet.

Dacryocystites polymicrobiennes (1)

9 Observations (Série 1)

OBSERVATION I. — C... Marie, 26 ans. Entrée le 22 janvier 1920. Dacryocystite gauche, grand sac purulent se vidant dans le nez par la pression.

H^{re} M^{le} : Hystérique. Début il y a un an par larmoiement. Aucune poussée conjonctivale. Actuellement, tuméfaction volumineuse lacrymale allongée dans le sens vertical. Pression douloureuse. La pression vide complètement le sac dans le nez, sans reflux de pus par les points lacrymaux. Pas de conjonctivite angulaire. extraction complète sans incident. Guérison parfaite en six jours, après suture. Le canal nasal osseux est dilaté par la tumeur.

OBSERVATION II. — D... Charles, 51 ans. Entré le 5 mai 1920. Dacryocystite gauche, fistule lacrymale, épithélioma consécutif.

(1) Examens bactériologiques faits par M. le Docteur Bussy, Chef de Clinique Ophtalmologique.

H^{re} M^{le} : Début il y a dix ans. En 1915, extraction incomplète du sac. Il persiste une fistule. En 1919, la fistule semble s'aggrandir et s'entourer d'une sorte de chéloïde qui est grattée et cautérisée. A l'entrée, tumeur excavée non suintante, à bords surélevés, perlés. Radiothérapie sans amélioration. 12 août : Ablation au bistouri.

OBSERVATION III. — G... Elie, 32 ans. Entré le 19 novembre 1919. Dacryocystite muco-purulente, ectasie du sac. Extraction du sac. Guérison.

H^{re} M^{le} : Opéré à Marseille en mai 1919 pour dacryocystite suppurée à droite. On lui a enlevé le sac. Depuis deux mois larmolement de l'œil gauche. Actuellement à O D cicatrice à peine visible, larmolement léger et seulement à l'air. Aucune rougeur, guérison complète. O G. Conjonctivite de l'angle interne. Epiphora abondant et continu. Gros sac plein de muco-pus récidivant bien par la pression. Pas de péri-dacryocystite. Cathétérisme très laborieux, la sonde pénètre difficilement dans le canal nasal. Opéré le 22 novembre 1922. Ablation du sac (Rollet).

OBSERVATION IV. — H... Madeleine, 24 ans. 22 décembre 1919. Dacryocystite droite avec ectasie du sac.

H^{re} M^{le} : Bacillose pulmonaire en activité. Début il y a deux ans par larmolement, parfois conjonctivites. Actuellement tuméfaction lacrymale grosse comme un pois indolore irréductible, assez dure et résistante. La pression sur le sac ne fait pas sourdre du pus. Extraction sans incident d'un sac entier. Guérison.

OBSERVATION V. — M... Félicie, 14 ans. 17 novembre 1919. Péri-dacryocystite, nombreuses rechutes. Fistule lacrymale. Extraction du sac. Guérison totale.

H^{re} M^{le} : Début en 1913 par du larmolement à droite, d'abord intermittent ; mais vite continu. En 1914 phlegmon lacrymal. Depuis cette date la malade fait presque tous les mois un nouveau phlegmon. Actuellement gros sac perceptible à la vue et au toucher. Toute la région sacculaire est empâ-

tée et un peu enflammée. Il existe une petits fistule de 3 $\frac{m}{m}$ de l'angle interne de l'œil et à 2 $\frac{m}{m}$ au-dessous. La pression sur le sac fait sourdre une gouttelette de pus et un peu de sang. Ganglion préauriculaire. Adénopathie cervicale et sous-maxillaire. 18 novembre : Extraction du sac. On incise en-dedans de la fistule. Toute la région sacculaire est transformée en un tissu lardacé qui englobe l'orbiculaire et ses tendons. Forte adhérence au plan osseux. On sculpte difficilement le sac au milieu de ce tissu et on l'enlève en deux parties, une demi interne et une externe. Résection du trajet cutané et de la fistule. Guérison en sept jours.

OBSERVATION VI. — B... Marguerite. 18 novembre 1920. Dacryocystite de l'œil gauche probablement. Bacillose ?

H^{re} M^{ie} : Début il y a trois mois par larmoiement. Petite tuméfaction arrondie, profonde, non visible. Issue de pus par pression. 20 novembre : Extraction du sac. 11 décembre : récurrence et fistule, curettage. 30 avril : récurrence. Tumeur fongueuse, sous-cutanée, fistule. Extraction de la fistule et des débris fongueux du sac.

OBSERVATION VII. — F... Claudin, 48 ans. 8 octobre 1921. Dacryocystite O D.

H^{re} M^{ie} : Larmoiement depuis juin 1920. En octobre 1920, apparition de tuméfaction indolore au niveau du sac. La pression donne d'abord un liquide incolore puis du mûco-pus. Il y a un mois phlegmon lacrymal. 8 octobre : Ablation d'un sac entier adhérent à la peau. Guérison en huit jours.

OBSERVATION VIII. — D... Charles, 65 ans. 19 juillet 1921. Dacryocystite O D. Ulcère des moissonneurs.

H^{re} M^{ie} : Larmoiement depuis longtemps. Petite tumeur indolore de l'angle interne, depuis trois ans. Entre pour ulcère à hypopion. Ablation d'un épi de blé logé dans le cul de sac supérieur depuis trois semaines. Sac visible, dur, ne se vidant pas par la pression. 19 juillet : Ablation incomplète d'un sac adhérent à parois très épaisses de teinte brune.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Levures, Staphylocoques, Bacilles du Xérosis, Streptocoques.*

OBSERVATION IX. — D... Marie, 58 ans. 11 juin 1920.
Dacryocystite droite.

H^{re} M^{le} : Début il ya un an par du larmolement passager. Pus depuis six mois. Petite tumeur ovalaire, appréciable à la vue et au toucher. La pression donne issue à du pus crémeux, mais ne vide pas complètement le sac. Douleur à la pression. Pas de signes périsacculaires. Pas de conjonctivité. 12 juin : Extraction du sac. 17 juin : Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Bacilles du Xérosis, Levures.*

Dacryocystites à Streptocoques.

5 Observations (Série 2)

OBSERVATION X. — V... Marie, 60 ans. 3 avril 1921.
Dacryocystite O D.

H^{re} M^{le} : Phlegmon lacrymal gauche il y a trente-neuf ans. Guérison ; plus de larmolement. Larmolement droit depuis longtemps et sac visible. Issue de pus. En mars, grippe. Huit jours après, phlegmon lacrymal. 11 avril : Ablation du sac très adhérent. Guérison en huit jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Streptocoques.*

OBSERVATION XI. — T... Françoise, 36 ans. 29 décembre 1921. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis trois ans. Il y a six mois phlegmon lacrymal O D et fistule. A l'entrée, fistule à droite. Petit sac gauche visible. Issue de pus franc. 31 décembre : Ablation du sac droit adhérent et fistule. 14 janvier : Ablation du sac gauche à parois minces.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Streptocoques des deux côtés.*

OBSERVATION XII. — G... Anne, 38 ans. 16 décembre 1921. Dacryocystite O G.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis trois ans, phlegmon lacrymal il y a trois semaines. 3 janvier : Extraction d'un gros sac adhérent à parois très épaisses.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Streptocoques*.

OBSERVATION XIII. — R... Virginie, 51 ans. 17 octobre 1921. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis un an. Pus depuis six mois. Sacs visibles, égaux, ronds. Issue de pus à droite par pression. A gauche la pression vide le sac dans le nez. Le 1^{er} octobre : Péri-dacryocystite bénigne droite. 18 octobre : Ablation du sac gauche, mince, facile à enlever. 21 octobre : Adénopathie préauriculaire et aspect érysipélateux de la joue. 28 octobre : Guérison complète. 29 octobre : Ablation en bloc du sac droit. Guérison en dix jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Streptocoques des deux côtés*.

OBSERVATION XIV. — B... Marie, 82 ans. 7 avril 1920. Dacryocystite O. G. Réaction inflammatoire périsacculaire.

H^{re} M^{ie} : Début inconnu. Larmolement ancien. Allure inflammatoire depuis quinze jours. Tuméfaction diffuse volumineuse de l'angle interne. Au doigt on sent le sac gros noyé au milieu de l'œdème périsacculaire. La peau est rouge. La pression fait sourdre du pus par le point lacrymal. Les injections colorées ne passent pas. 10 avril : Extraction en bloc d'un sac adhérent, volumineux. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Streptocoques*.

Dacryocystiques à Pneumocoques.

(34 Observations (Série 3))

OBSERVATION XV. — T... Claire, 42 ans. 13 janvier 1922. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{le} : Larmoiement depuis un an. Depuis quinze jours, phlegmon bilatéral. 21 et 28 janvier : Ablation des deux sacs adhérents. Guérison en six jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XVI. — M... François, 41 ans. 16 août 1920. Dacryocystite O G.

H^{re} M^{le} : Larmoiement ancien. Sac visible. Issue de pus. 21 août : Ablation du sac et canal. 26 août : Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XVII. — F... Louise, 26 ans. 2 mai 1921. Dacryocystite avec phlegmon de l'orbite, opérée en septembre 1920.

H^{re} M^{le} : Larmoiement depuis un an. Sac visible du volume d'un pois. Issue de muco-pus, abondant par la pression. 3 mai 1921 : Extirpation. 6 mai : Guérison. Grand sac à parois très minces.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XVIII. — G... Marie, 33 ans. 17 mai 1920. Dacryocystite O G.

H^{re} M^{le} : Début il y a un an brusquement par coryza, suivi de douleurs et d'issue de pus au niveau de l'angle de l'œil. Gros sac douloureux ; du volume d'un gros pois, ovalaire. Pas de périculite. Issue de pus dans la narine seule par la pression. 18 mai : Extraction, guérison complète le sixième jour.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XIX. — L... Marie-Louise, 41 ans, 4 novembre 1919. Dacryocystite mucopurulente. Ectasie légère du sac, extraction du sac, guérison totale.

H^{re} M^{le} : Larmoiement datant de 20 ans du côté droit ; de 2 ans du côté gauche. A été soignée déjà à plusieurs reprises, depuis cette époque, par des lavages et des sondages. Aucune amélioration. Cette affection serait consécutive à une

scarlatine ? O. D. et G.; les lésions sont semblables des deux côtés, mais cependant plus marquées à droite. Pas de gonflement du sac appréciable à l'inspection. Très légère rougeur de la conjonctive de l'angle interne. La pression fait sourdre du mucus et quelquefois des flocons de pus. Epiphora intense et continu. Un lavage ne passe pas par le nez. Une sonde n° 2 passe facilement des deux côtés. 8 novembre 1919 : extraction du sac gauche suivant la technique de M. Rollet.

Le sac est peu adhérent et est enlevé facilement en entier. Guérison complète en 7 jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XX. — L... Jeanne, 51 ans, 15 novembre 1920. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{re}: Début il y a 6 ans, nombreux sondages. Depuis 2 ans, suppuration. Petite tuméfaction appréciable à la vue et au palper, ronde, située juste au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

La pression fait sourdre un peu de pus au niveau du point lacrymal. Pas d'inflammation périssacculaire. Le sac reste gros après la pression. 16 novembre: extraction du sac. Parois épaissies, adhérences en avant et en dehors. Guérison le huitième jour.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXI. — M... Noémie, 58 ans, 8 décembre 1919. Dacryocistite O. G. purulente, ectasie du sac, extraction du sac, guérison en 6 jours.

H^{re} M^{re}: Rhumatisme chronique déformant, multiples poussées d'eczéma de la face. Lamolement bilatéral depuis dix-huit mois. Multiples sondages à la suite desquels s'est installée une conjonctivite angulaire à gauche, quelques douleurs. A l'entrée épiphora bilatéral, à gauche, seulement ectasie du sac appréciable à l'inspection et à la palpation. La pression fait sourdre du muco-pus. Extraction du sac, technique Rollet. Gros sac adhérent en dehors, facile à cliver et enlevé en bloc. Suture, guérison totale et parfaite en 6 jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXII. — S... Suzanne, 28 ans, 9 décembre 1919. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Iritis ancien à droite avec secclusion. Entre pour une iridectomie optique. Epiphora bilatéral depuis 3 ans. A été incisée et sondée sans amélioration. A l'entrée, légère conjonctivite angulaire. Pas d'ectasie. La pression énergique sur le sac fait sourdre une fine goutte de pus mal lié. Extraction du sac. Petit sac non adhérent, facile à cliver. Il est impossible de passer dans le canal nasal. Pas de suture.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXIII. — V... Jeanne, 8 ans, 17 mai 1920. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Malade gâteuse. On découvre son affection lacrymale parce qu'elle rentre pour une cataracte. Petite tuméfaction grosse comme un grain de maïs, appréciable à la vue et au toucher. La pression fait sourdre une goutte de pus bien lié. Pas d'inflammation périssacculaire. 22 mai : extraction d'un sac petit à parois souples non adhérentes.

Guérison en 5 jours. Opérée ensuite de cataracte avec succès.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXIV. — V... Lucien, 8 ans, 3 novembre 1919. Dacryocystite suppurée O. D. Extraction.

H^{re} M^{le} : Bons antécédents héréditaires. Adéno-phlegmon dentaire probable. Depuis 2 ans, larmolement à droite. Depuis un an, écoulement de pus qui persiste malgré des lavages et des sondages, faits par un confrère en ville. A l'entrée, O. G. normal. O. D. tuméfaction diffuse de tout l'angle interne de l'orbite sans qu'il soit possible de délimitation au doigt. La tuméfaction est évidente à la simple inspection. La peau n'est pas rouge ni adhérente à la tumeur. Pas de rougeur de l'angle interne. Légère douleur spontanée, exacerbée par la palpation. La pression sur le sac fait sourdre des flots de pus surtout par le point lacrymal supérieur. Extraction du sac. Vaste sac adhérent surtout à l'os. Il est impossible de

le disséquer en entier. On l'enlève par morcellement. 8 jours après l'opération, la cicatrisation s'est faite mais sous la cicatrice il existe un petit abcès que l'on vide par simple désunion de la cicatrice. La guérison se fait alors rapidement et complètement.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXV. — B... Antoinette, 15 ans, 2 septembre 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le}: Début inconnu. Gros sac visible. Issue de muco-pus. Ablation d'un sac complet à parois charnues. Guérison en 8 jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXVI. — B... Marguerite, 18 novembre 1920. Dacryocystite O. D. Bacilliose ? Récidive.

H^{re} M^{le}: Récidive d'un sac stérile, Bacilliose ?, opéré chez un lupique du nez. Extraction complète. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXVII. — B... Adrien, 51 ans, 17 juin 1921. Phlegmon lacrymal O. D.

H^{re} M^{le}: Larmolement en 1914. 20 sondages en 1915. Depuis 2 ans, gros sac visible que le malade vide lui-même. Issue de muco-pus. 25 mai 1921 : phlegmon lacrymal; 21 juin 1922: ablation d'un sac entier adhérent. Guérison en 6 jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXVIII. — B... Victorine, 76 ans, 10 novembre 1919. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le}: Phtisie de l'œil droit à la suite d'un traumatisme il y a 16 ans. Conjonctivite localisée à l'angle interne. Larmolement depuis longtemps. Ectasie du sac perceptible à la palpation mais non à l'inspection. La pression sur le sac fait sourdre du pus en quantité notable. Extraction du sac, sac grosseur moyenne, non adhérent, facile à disséquer. Guérison rapide et complète.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXIX. — B... Jules, 57 ans, le 18 février 1921. Ulcère à hypopion. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{re}: Depuis 16 ans, larmolement; le 12 février 1921, blessure à O. G. en cassant des cailloux. Ulcère à hypopion. moyen. Petit sac non visible. Pus à la pression, Extraction du canal et du sac. Guérison en 8 jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXX. — W... Catherine, 51 ans, le 27 janvier 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{re}: Larmolement depuis 20 ans. Phlegmon lacrymal il y a 15 jours, diagnostiqué érysipèle. 29 janvier : extirpation du sac au milieu d'un bloc de pericystite. 10 février : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXXI. — N... Marie, 70 ans, le 30 mai 1921. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{re}: Larmolement très ancien. Pas de sac visible. A la pression des deux côtés, issue de sérosité purulente à l'angle interne. Cataracte O. G. 7 juin : extraction du sac gauche et du canal. 13 juin : guérison complète.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques des deux côtés*.

OBSERVATION XXXII. — M... Jean, le 27 mai 1921. Dacryocystite O. D.; ulcère à hypopion.

H^{re} M^{re}. — Larmolement depuis 10 ans. Depuis 15 jours ulcère à hypopion. Petit sac visible rond. Issue de pus. 28 mai : extraction d'un petit sac non adhérent; 31 mai : réunion.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXXIII. — M... Jean-Marie, 48 ans, le 1^{er} avril 1921. Dacryocystite O. D., ulcère des moissonneurs.

H^{re} M^{re}: Larmolement depuis 30 ans. Blessure de O. D. par piqure d'un épi de blé il y a 8 jours, ulcère à hypopion. Pas

de sac visible. Issue d'un peu de muco-pus. 2 août: ablation du sac et canal; 5 août: réunion.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques et diplo-bacilles.*

OBSERVATION XXXIV. — C... Fanny, 60 ans, le 18 avril 1921. Dacryocystite O. D. Ulcère à hypopion.

H^{re} M^{ie}: Larmolement depuis 10 ans de O. D. Pas de sac visible. Il y a 8 jours, conjonctivite bilatérale à pneumocoques. L'œil gauche guéri en 8 jours. A droite, ulcère à hypopion. A la pression, une fine gouttelette de pus. 19 avril: ablation d'un petit sac cylindrique à parois charnues; 23 avril, guérison du sac.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques.*

OBSERVATION XXV. — B... Claude, 70ans, le 31 janvier 1921. Dacryocystite O. D. Ulcère à hypopion.

H^{re} M^{ie}: Larmolement depuis 6 ans. Il y a 15 jours, blessure par éclat de charbon et ulcère à hypopion. Petit sac non visible. Issue de gouttelette de pus. 2 février: ablation d'un petit sac de forme normale à parois épaisses non adhérent; 8 février: guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques.*

OBSERVATION XXXVI. — B... Claude, 8 ans, le 21 août 1921. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{ie}: Début inconnu, sacs visibles cylindriques. Issue de muco-pus. Le 22 octobre 1921: extraction du sac gauche sous anesthésie locale.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques.*

OBSERVATION XXXVII D... P... Henry, 46 ans, le 21 décembre 1921. Dacryocystite O. G. Ectasie aiguë du sac.

H^{re} M^{ie}: Pas de larmolement ancien. Il y a 2 mois, conjonctivite, surtout angulaire, et légère induration rouge et douloureuse de l'angle interne. Cède rapidement. Il y a trois semaines mêmes signes. A l'entrée, région sacculaire un peu

rouge, sac visible. Issue de pus blanc. Conjonctivite; 3 janvier: ablation d'un sac petit à parois un peu épaisses légèrement adhérent mais clivable. 10 janvier: guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXXVIII. — M... Maria, 54 ans, le 15 juin 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis 7 ans. Il y a 5 semaines phlegmon lacrymal, gros sac visible entouré d'une zone inflammatoire. Issue de pus abondant. 25 juin: ablation du sac adhérent, volumineux, cylindrique, 10 jours après guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques et levures*.

OBSERVATION XXXIX. — G... Marie, 58 ans, le 11 avril 1921. Dacryocystite O. G..

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis 10 ans. Méningo-encéphalite récente. Petit sac non visible. Issue de muco-pus. 16 avril : ablation d'un sac à parois minces et du canal. 20 avril : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXXX. — L... Claudine, 31 ans, le 24 juin 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis 2 ans. Sondages fréquents pendant un an. Larmolement à droite depuis un an, gros sac cylindrique visible. Issue de séro-pus abondant. 25 juin : ablation du sac et du canal ; 27 juin : réunion immédiate.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

OBSERVATION XXXXI. — B... Suzanne, 37 ans, le 27 février 1922. Dacryocystite O. D..

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis 7 ans. Il y a quatre ans, phlegmon lacrymal. Il y a huit jours, coryza, phlegmon lacrymal insidieux. Ozène. Le 1^{er} mars : ablation du sac adhérent et de fistule ; 10 mars : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques et Bacille de Friedlauder*.

OBSERVATION XXXXII. — B... Marie, 29 ans, le 20 janvier 1920. Dacryocystite suppurée et petit sac purulent.

H^e M^{ie} : Tuberculose pulmonaire en activité. Début il y a un an, par du larmolement. Depuis un mois, conjonctivite. Actuellement petite tumeur. Ni rougeur ni douleur. Larmolement. Rougeur conjonctivale au niveau de l'angle interne. On fait sourdre un peu de pus par la pression. Les liquides de lavage ne passent pas dans le nez. Extraction sans incident. Suture et guérison complète en six jours. Pas d'adénopathies.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques* et *staphylocoques*.

OBSERVATION XXXXIV. — V... Jeanne, le 5 janvier 1920. Dacryocystite O. D. Bacillose ? Récidive.

H^e M^{ie} : L'extraction ayant été incomplète, la maladie récidive, gros abcès présacculaire. 8 janvier : on retrouve toute la paroi externe et postérieure. Guérison en huit jours ; sac rond et très dur.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques* et *staphylocoques*.

OBSERVATION XXXXV. — Ch... Julie, 26 ans, le 21 juin 1920. Dacryocystite O. D.

H^e M^{ie} : Père larmoie de l'O. D. depuis longtemps. Début il y a six ans à la suite d'un coryza violent. En juillet 1919, phlegmon lacrymal suivi de fistule. Petit sac rond et dur. Fistule au-dessous du tendon de l'orbiculaire. A la pression, un peu de pus mal lié sort par la fistule. 22 juin : extraction en bloc du sac et d'un bloc de tissu lardacé qui l'entoure. Guérison en huit jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques* et *staphylocoques*.

OBSERVATION XXXXVI. — X..., 51 ans, le 20 novembre 1920. Dacryocystite O. G.

H^e M^{ie} : Début il y a deux ans, par du larmolement. Bien-

tôt phlegmons en série. Sac bilobé tout en tier infra-tendineux. Pus crémeux. 20 novembre : extraction ; au dixième jour, guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques* et *staphylocoques*.

OBSERVATION XXXXVII. — G... Louise, 34 ans, le 9 juillet 1920. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le} : Début il y a trois ans par douleurs de l'angle interne et larmoiement. Il y a deux ans, apparition de pus à la pression, tuméfaction à peine visible. Issue de pus mal lié. Pas de signes périsacculaires. 10 juillet : extraction normale du sac. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques* et *Bacilles du Xérosis*.

OBSERVATION XXXXVIII. — M..., ménagère, 54 ans, le 15 juin 1921. Phlegmon du sac lacrymal droit.

H^{re} M^{le} : Début par du larmoiement, il y a sept ans, du côté droit. Poussées conjonctivales légères intermittentes. Erysipèle bénin à la face cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, à la suite duquel est apparu une tumeur lacrymale inflammatoire chaude, fluctuante et douloureuse. A l'entrée, tumeur inflammatoire allongée au-dessous de la paupière inférieure droite, présentant une ouverture ponctiforme. A la pression, issue de pus en abondance. Autour de la tumeur, zone inflammatoire.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pneumocoques*.

Dacryocystites à Diplobacilles.

10 Observations (Série 4)

OBSERVATION II. — R... Maria, 72 ans, le 30 décembre 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Larmoiement depuis quatre ans, conjonctivite

angulaire. Pas de sac visible. Issue d'une goutte de pus. 31 décembre : ablation d'un petit sac cylindrique. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles*.

OBSERVATION L. — G... Hélène, 38 ans, 14 avril 1920. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{ie} : Opérée en 1919, pour un sac lacrymal droit. Cicatrice à peu près invisible. Se plaint de larmolement persistant. Aucune inflammation décelable. Le seul signe constaté est l'issue de quelques filaments de pus par la pression sur le sac. 17 avril : ablation d'un petit sac qui paraît complet. Guérison en cinq jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles*.

OBSERVATION LI. — N... Constant, 46 ans, le 23 mai 1921. Dacryocystite O. D., avec fistule. Ablation du sac et du canal.

H^{re} M^{ie} : Enuclée de l'O. G. à l'âge de 13 ans. Il y a deux mois, phlegmon lacrymal actuellement fistule. Ablation en bloc de la fistule du sac et du canal. Guérison complète le sixième jour.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles*.

OBSERVATION LII. — R... Hortense, 39 ans, le 4 juin 1921. Dacryocystite O. D.; ablation du sac et du canal.

H^{re} M^{ie} : Début après grippe, en 1918. Sac visible, de la grosseur d'un petit pois. Issue de liquide séro-purulent. Conjonctivite angulaire fréquente. Ablation du sac et du canal. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles*.

OBSERVATION LIII. — B... Marie, 33 ans, le 31 mai 1921. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{ie} : Larmolement gauche depuis trois ans. Presque aussitôt, apparition d'un sac visible. La pression vide le pus dans le nez. Poussées fréquentes de conjonctivites. Sondages multiples. Larmolement droit depuis trois mois. Très vite le

sac est visible et issue de pus par le canalicule, Le 4 juin : ablation d'un sac (O. G.) rond à parois épaisses. Le 11 juin : ablation du sac droit à parois minces et friables. Guérison rapide.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : O. D., *pas de microbes*. O. G., *diplocacilles très nombreux*.

OBSERVATION LIV. — F... Marie, 68 ans, le 20 juin 1921. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis dix-huit mois. Conjonctivite fréquente. Sacs visibles. Issue de pus. 20 juin : ablation du sac droit, guérison immédiate. 26 juin : ablation du sac et canal gauche, réunion immédiate.

-EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles des deux côtés, Pneumocoques à droite*.

OBSERVATION LV. — G... Maria, 38 ans, le 18 avril 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Début il y a quatre ans par larmolement. En décembre dernier, grippe ; à la suite le sac droit grossit et s'enflamme. Tuméfaction ovulaire volumineuse oblongue en bas et en dehors ; fluctuante. Ne se vide pas, sac blagué. Fistule à un millimètre au-dessous de l'angle interne. 23 avril : extraction en bloc d'un sac complet muni du canal lacrymal clivé à la gouge. Guérison en sept jours. On passe facilement dans le canal osseux une sonde.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles, pneumocoques*.

OBSERVATION LVI. — A... Marie, 25 ans, le 2 octobre 1920. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Frère opéré pour fistule lacrymale en 1912. Début il y a trois ans par larmolement. Conjonctivite angulaire. Rien à l'inspection, ni à la palpation. La pression fait sourdre du pus. Cathétérisme impossible. Les injections ne passent pas. 2 octobre : extraction d'un sac assez gros, à parois épaisses, fougueuses. Canal lacrymal complètement bouché. Il faudrait effondrer l'os.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Rares diplobacilles dans le sac, nombreux diplobacilles sur la conjonctive.*

OBSERVATION LVIII. — Ch... Marie, 24 ans, le 17 novembre 1919. Dacryocystite suppurée. Ectasie minime du sac. Extraction du sac. Guérison totale.

H^{re} M^{le} : Larmolement à droite depuis 5 ans. Cathétérismes nombreux. Il y a un an, amélioration. Conjonctivite angulaire interne intermittente peu marquée. La pression sur le sac fait sourdre un peu de pus mal lié. Le sac n'est pas ectasié à l'inspection, on ne le sent pas à la palpation. Le 18 novembre : anesthésie à la cocaïne. Extraction du sac suivant la technique Rollet. Pas d'adhérence. Petit sac charnu se prolongeant en haut sous le tendon de l'orbiculaire. Rétrécissement très serré du canal nasal. Pas de suture. Guérison totale en sept jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles et bacilles pseudo-diphthériques.*

OBSERVATION LVIII. — M..., 48 ans, le 1^{er} août 1921. Dacryocystite. Extirpation du sac lacrymal et du canal nasal membraneux.

H^{re} M^{le} : Larmolement a débuté il y a trente ans. Pus à l'angle interne de l'œil droit. Rentre à la clinique pour ulcère de la cornée causé par un épis de blé. Injection de bleu. Extraction du sac lacrymal droit. Légère ectasie du sac, parois épaisses, sans adhérences ni fistules.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Diplobacilles nombreux.*

Dacryocystiques à Staphylocoques.

17 Observations (Série 5)

OBSERVATION LIX. — M... Claudine, 51 ans, le 3 juillet 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis sept ans. Il y a dix-huit

mois, nombreux sondages qui déterminent un phlegmon lacrymal. A l'entrée, gros sac, petite fistule, issue de pus. 5 juillet : ablation d'un sac adhérent et de la fistule. 10 juillet : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Peu de staphylocoques. Nombreux tétragènes.*

OBSERVATION LX. — N... Marius, 7 ans, le 14 septembre 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Sac visible. Début inconnu. Issue abondante de pus. Cicatrices d'écrouelles sous-maxillaires gauches. 17 septembre : extraction par morcellement du sac à parois minces, friables. 26 septembre : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques.*

OBSERVATION LXI. — L... Pierrette, le 6 septembre 1921. Dacryocystite gauche.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis trois ans. Sondages répétés. Issue de pus. Sac visible. 10 septembre : ablation d'un sac volumineux, à parois minces, cylindriques. 13 septembre : Réunion.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques, streptocoques.*

OBSERVATION LXII. — M... Marie, 48 ans, le 26 août 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis six ans, Pus depuis deux ans. Phlegmon lacrymal depuis trois semaines. 27 août : ablation du bloc du sac et du tissu périculaire. 10 septembre : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques.*

OBSERVATION LXIII. — G... Jeanne, 59 ans, le 20 juin 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis vingt ans. Sondée souvent. Il y a un mois, phlegmon lacrymal. Actuellement bloc dur inflammatoire. 20 juin : ablation en bloc du sac et du canal et de la périculacryocystite. 29 juin : guérison complète.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques.*

OBSERVATION LXIV. — L... Justine, 37 ans, le 9 décembre 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis six mois. Deux sondages. Gros sac visible. Issue de pus. 10 décembre : extraction du sac adhérent et friable. 13 décembre : réunion immédiate.

OBSERVATION LXV. — L... Marie, 64 ans, le 23 avril 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le} : Entre pour être opérée de cataracte. Le matin de l'opération, le pansement témoin est un peu souillé. En pressant sur le sac, on fait sourdre une gouttelette de pus par le point lacrymal. Aucun autre signe. Voies lacrymales perméables aux injections. 23 avril : extraction, guérison le troisième jour. Opérée de cataracte le 3 mai. Le sac est enlevé avec le canal nasal. Il n'est pas cicatrisé.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques*.

OBSERVATION LXVI — P... Pierrette, 43 ans, le 20 mai 1920. Dacryocystite bilatérale. Phlegmon lacrymale O. G. Ectasie du sac O. D.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis six ans. Le 15 mai, péri-dacryocystite bénigne. Le 20 mai : extraction du sac; 30 mai : guérison; 23 janvier 1921 : revient pour le sac droit, sac visible allongé. Issue de muco-pus; 23 janvier : extraction; 25 janvier : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques à gauche, examen négatif à droite*.

OBSERVATION LXVII. — P... Eusalie, 46 ans, le 10 octobre 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le} : Larmolement il y a quatre ans. Presque aussitôt, phlegmon lacrymal incisé. Nombreux sondages. Nouveau phlegmon il y a trois ans. Troisième phlegmon il y a un mois. Fistule lacrymale. 11 octobre : extraction d'un gros sac adhérent fistulisé, à parois épaisses.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Rares staphylocoques*.

OBSERVATION LXVIII. — R... Léonie, 30 ans, le 29 décembre 1919. Dacryocystite O. G., avec sac purulent moyen.

H^{re} M^{re} : Aucun antécédent. Début il y a dix ans, par du larmolement. Sondée à plusieurs reprises par divers oculistes. Depuis cinq ans environ, dilatation du sac qui contient du pus. A été lavé de nombreuses fois. Actuellement, larmolement. Pas de tuméfaction. Pas d'adénopathies. Pas de conjonctivite angulaire. Pas de douleurs. Les liquides de lavage ne passent pas par le nez. Extraction simple d'un sac moyen. Suture. Guérison en quatre jours. Muco-pus très pauvre en microbes.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Rares staphylocoques.*

OBSERVATION LXIX. — D... Louis, 74 ans, le 13 octobre 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{re} : Larmolement depuis treize ans. Sondé très souvent. gros sac visible. Issue de pus franc. 15 octobre : ablation, sac adhérent au pôle supérieur. Décortication complète. Canal nasal osseux complètement fermé. Guérison en cinq jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques.*

OBSERVATION LXXI. — Ch... Alexandre, 27 ans, le 22 août 1921. Dacryocystite traumatique.

H^{re} M^{re} : Multiples petits éclats d'obus en 1917. Enucléation de l'O. D. Il y a quatre mois, tumeur lacrymale et issue de pus à la pression. A la radio, quatre petits éclats dans la branche montante du maxillaire. 27 août : extraction d'un sac géant, à parois épaisses, non adhérentes. Canal libéré à la gouge contient un petit éclat dans la paroi antérieure. Deux éclats dans la paroi osseuse antérieure. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques.*

OBSERVATION LXXI. — G... Marie, le 3 février 1921. Dacryocystite bilatérale.

H^{re} M^{re} : Bec de lièvre. Ecouelles. Psoriasis.

O. G. : Tuméfaction du volume d'un haricot. Se vide à la

pression dans le nez et dans le cul de sac conjonctival. Pus mal lié. Pas d'inflammation périssacculaire.

O. D. : Phlegmon lacrymal. 8 février : extraction du sac gauche, complète guérison en six jours ; 15 février : extraction du sac droit ; il est rempli de fongosités.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques et quelques rares cocci.*

OBSERVATION LXXII. — B... Antoinette, 60 ans, le 20 juillet 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{re} : Larmolement bilatéral depuis quinze ans. Il y a deux ans, ectasie du sac gauche visible et issue de muco-pus. Il y a quinze jours, phlegmon lacrymal. 21 juillet : extraction en bloc d'un sac adhérent fistulisé ; 20 juillet : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques blancs et dorés.*

OBSERVATION LXXIII. — A... Rosalie, 12 ans, le 13 juillet 1920. Dacryocystite fongueuse de l'O. G.

H^{re} M^{re} : Début il y a un an. Suppuration d'emblée. Ectasie du sac perceptible à l'inspection et à la palpation. Petite tuméfaction pyriforme. La pression fait sourdre du pus franc. Les injections ne passent pas dans le nez. Pas de péridacryocystite. 13 juillet 1920 : extirpation du sac, fongueux, friable. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Strphylocoques et tétragènes.*

OBSERVATION LXXIV. — G..., 55 ans, le 25 juin 1920. Dacryocystite gauche.

H^{re} M^{re} : A la suite d'un érysipèle, à 35 ans, la malade a eu une dacryocystite droite qui a guéri complètement par le sondage en quinze jours. Nombreuses autres poussées d'érysipèle. A la suite d'une poussée, il y a douze ans, abcès de l'angle interne de l'œil gauche. Depuis cette époque, innombrables sondages sans amélioration. Œil droit normal, œil gauche, petit sac visible, rond, mou, gros comme un petit pois, qui se vide à la pression en donnant issue à une goutte de pus crémeux. Pas de fistule. 26 juin 1920 : extraction d'un sac épais, très adhérent en avant et en dehors. Guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoques, streptocoques et diplobacilles.*

OBSERVATION LXXV. — D... Edmond, 69 ans, le 25 juillet 1920. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{le} : Début il y a sept ans par larmolement. Depuis un an, issue de pus à la pression. Pas de tuméfaction appréciable. Issue de pus crémeux. Cathétérisme possible. Mêmes signes à gauche et à droite. Aucun signe pérasacculaire. 10 août 1920 : extraction, sac friable, non adhérent, se déchire et est enlevé complètement. 13 août : réunion immédiate.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Staphylocoque, tétragènes et colibacilles.*

Dacryocystites à Bacille de Pfeiffer.

4 Observations (Série 6)

OBSERVATION LXXVI. — G... N. Antoinette, 77 ans, le 18 novembre 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{le} : Larmolement depuis quinze ans. Petit sac dur, rond, visible, ne s'effaçant pas complètement à la pression. Issue de larmes avec filaments de mucus. 19 novembre : ablation d'un petit sac charnu non adhérent. Guérison en quatre jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Bacilles de Pfeiffer.*

OBSERVATION LXXVII. — V... Germaine, 16 ans, le 10 mai 1920. Dacryocystite O. G. Bacillose ?

H^{re} M^{le} : Lupus du nez. Adénites cervicales préauriculaires et sous-anglo-maxillaires suppurées. Tumeur sacculaire de petites dimensions. Fistule. En octobre, ectasie du canalicule lacrymal inférieur qui se dilate et suppure. Incision curettage.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Bacilles de Pfeiffer.*

OBSERVATION LXXVIII. — G... Jean, 67 ans, le 31 mai 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis quatre ans, sac non visible. La pression donne issue de larmes avec quelques filets purulents. 7 juin : ablation d'un petit sac cylindrique et du canal. Parois minces. Six jours après, guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Bacilles de Pfeiffer* et *bacilles du Xérosis*.

OBSERVATION LXXIX. — H... Joséphine, 75 ans, le 8 août 1921. Dacryocystite gauche.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis deux ans. Petit sac visible. Issue de mucus. 10 août : extraction d'un petit sac cylindrique charnu, à parois épaisses. 13 août : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Bacilles de Pfeiffer* et *bacilles du Xérosis*.

Dacryocystites à Colibacilles.

(2 Observations (Série 7))

OBSERVATION LXXX. — G... Philippe, 18 ans, le 1^{er} avril 1921. Dacryocystite bilatérale. Lupus du nez.

H^{re} M^{ie} : Opéré d'un sac droit il y a deux ans. Lupus de la cicatrice. Guérison. Le 22 avril, brusquement, sans larmolement préalable, apparaît un phlegmon lacrymal gauche. 7 mai : ablation incomplète d'un gros sac gauche adhérent et fongueux. 20 mai : récurrence et curetage.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Colibacilles* et *pneumobacilles de Friedländer*.

OBSERVATION LXXXI. — C... Achille, 53 ans, le 8 août 1921. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis deux ans. Depuis un mois,

tumeur lacrymale non inflammatoire. Issue de sérosité louche à l'angle interne. Le 9 août : extraction du sac complet, long, volumineux, à parois minces. Guérison en six jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Colibacilles* mobiles en grand nombre nageant dans la sérosité.

Dacryocystites à Bacilles de Koch.

2 Observations (Série 8)

OBSERVATION LXXXII. — D... Rose, 25 ans, le 21 janvier 1920. Dacryocystite gauche et petit sac purulent.

H^e M^e : Pleurésie gauche. Début il y a neuf mois par de la blépharo-conjonctivite. Le larmolement n'aurait fait son apparition que depuis deux semaines. Actuellement conjonctivite de l'angle interne. Larmolement. Pas de tuméfaction lacrymale. La pression fait sourdre un peu de pus par les points lacrymaux. Les liquides de lavage ne passent pas dans le nez. Extraction complète d'un petit sac sans incident. Suture. Guérison parfaite en cinq jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Bacilles de Koch et staphylocoques*.

OBSERVATION LXXXIII. — B..., 18 ans, le 19 juin 1919. Tuberculose du sac lacrymal droit.

H^e M^e : Bons antécédents héréditaires. En janvier 1919, hygroma du genou droit. Depuis deux ans, larmolement à droite, avec sécrétion conjonctivale abondante. Depuis deux jours, rougeur et douleur de la région lacrymale droite et de la paupière supérieure. A l'entrée, la paupière supérieure est rouge et œdématiée, cils agglutinés. Tumeur lacrymale infratendineuse dure, chondroïde, facilement mobilisable sur le plan profond, légèrement douloureuse. La tumeur n'adhère pas à la peau. La pression ne fait pas sourdre de pus. Larmolement, adénopathie préauriculaire sous-angulo-maxillaire et cervicale. Rien aux poumons. Extraction du sac, volumi-

neux, dur, plein, non adhérent, ressemblant à une tumeur plutôt qu'à un sac. Couleur blanc-jaunâtre. Curettage du canal nasal. Pas de suture. Guérison.

Dacryocystites Amicrobiennes.

17 Observations (Série 9)

OBSERVATION LXXXIV. — B... Auguste, 57 ans, le 10 août 1920. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{re} : Début il y a trois ans, par du larmolement, Douleur angulaire depuis mars. Pus depuis avril. Tuméfaction sacculaire ovulaire verticale perceptible à la vue et au toucher. Issue de muco-pus. Cathétérisme impossible. Les injections passent. 10 août : extraction en bloc d'un sac à parois épaisses. Guérison au sixième jour.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXV. — L... Eugène, 47 ans, le 8 avril 1922. Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{re} : Larmolement depuis vingt ans. Il y a dix-sept ans, phlegmon lacrymal et fistule qui persiste sans inflammation. Il y a deux mois, nouveau phlegmon. Actuellement sac visible. Légère inflammation. Fistule inférieure donnant liquide clair. 8 avril : extraction du sac adhérent, épais, et de la fistule. 10 avril ; réunion.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION XXXVI. — M... Marie, 55 ans, le 18 mars

H^{re} M^{re} : Il y a six mois, coryza suivi de phlegmon lacrymal bénin. Il y a trois mois, nouvelle poussée plus sérieuse. Il y a trois semaines, troisième poussée très violente. Actuellement, fistule, 19 mars : ablation d'un sac adhérent et de la fistule. 25 mars : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXVII. — D... Jean-Marie, 69 ans, le 1921. Fistule lacrymale O. G.

18 mars 1922. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis plus de vingt ans. Petit sac visible. La pression fait sourdre un peu de muco-pus ; mais ne fait pas disparaître le sac. 19 mars : ablation d'un petit sac rond, non adhérent, à parois épaisses. 30 mars : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXVIII. — D.. Marie, 57 ans, le 28 décembre 1921. Dacryocystite suppurée O. D.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis plus de vingt ans. Sondée souvent. Il y a cinq ans, phlegmon lacrymal. Sac géant se vidant par le canalicule et par une fistule. Larme et mucus. 31 décembre : ablation du sac géant et fistule. Parois épaisses non adhérentes, sauf en avant. 4 janvier : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXIX. — D... Jean, 43 ans, le 30 décembre 1921. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis deux ans. Grand sac visible ovale. Issue de quantité de mucus avec filet de pus. 31 décembre : ablation d'une grande mucocèle à parois minces adhérentes en dedans. 10 janvier : guérison.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXX. — D... Charles, 55 ans, le 14 décembre 1921. Récidive.

H^{re} M^{ie} : Sac visible dur. Pas d'issue de pus. Forme de haricot. 25 décembre : extraction complète d'un sac adhérent partout sauf dans la gouttière. Paroi fibreuse très épaisse. Il existe une cavité qui contient un peu de mucus. Guérison en trois jours.

OBSERVATION LXXXXI. — Ch... Rose, 70 ans, le 24 novembre 1919. Mucocèle fermée à l'œil droit.

H^{re} M^{ie} : Sarcome mélanique des ganglions de l'aisselle

gauche. La tumeur primitive semble être un petit mélanome de la paupière supérieure droite. Epiphora à droite depuis longtemps. Petite tumeur lacrymale appréciable à la vue et au toucher, peu mobile, de coloration normale. Rénitence. On pense à un mélanome du sac. La pression ne fait rien sourdre et ne modifie pas la tumeur. Etraction du sac ; il s'agit d'une mucocèle du volume d'un pois chiche, à parois minces, qu'il est impossible d'enlever en bloc. Guérison en six jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXXII. — G... Marie, 63 ans, le 28 juin 1920. Dacryocystite gauche.

H^e M^e : Début très ancien. Sac volumineux, rond, la pression fait sourdre un peu de muco-pus, mais n'affaisse pas complètement la tumeur. 11 juin, extraction d'un gros sac fongueux à parois très épaisses, probablement bacillairé. Guérison en quatre jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXXIII. — F... Marie-Louise, 59 ans, le 14 juin 1920. Dacryocystite gauche.

H^e M^e : Début il y a quarante ans. Depuis cinq ou six ans, issue de pus à la pression. Pas de phénomènes inflammatoires. Pas de tumeur appréciable. Cathétérisme impossible. 15 juin : ablation d'un petit sac. 17 juin : réunion

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXXIV. — G... Marie, 60 ans, le 27 septembre 1920. Dacryocystite gauche.

H^e M^e : Début de l'affection il y a deux ans, par du larmoiement, apparition rapide d'une tumeur de l'angle interne. Saillie ovalaire de la grosseur d'un haricot. Molle et fluctuante. La pression ne fait pas sourdre de pus par le point lacrymal, mais la tumeur se vide en partie dans la narine. 28 septembre : ablation simple d'un sac. Guérison rapide.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXXV. — H... Fernande, 13 ans, le 23 avril 1920. Dacryocystite gauche.

H^{re} M^{ie} : Adénites cervicales et sous-angulo-maxillaires. Ecouelles. Coxalgie. Début de date inconnue. Tumeur sacculaire du volume d'un pois, ovalaire, oblique en bas et en dehors. Pas de périssacculite. Issue par le point lacrymal de liquide muqueux, abondant, avec quelques filets de pus. 25 avril : extraction. Guérison au quatrième jour.

OBSERVATION LXXXXVI. — M... Jeanne, 19 ans, le 20 septembre 1920. Grande mucocèle gauche formée aux dépends du sac et du canal nasal.

H^{re} M^{ie} : Pas d'antécédents. Début il y a un an, par du larmolement et par une tumeur de l'angle interne. Sondages négatifs. Vaste mucocèle non adhérente. Quelques légers flocons de pus. Canal nasal très dilaté, admet facilement un crayon. La mucocèle s'est développée non seulement aux dépends du sac, mais encore aux dépends du canal nasal. Extraction simple, complète, sans incident. Suture. Guérison en quatre jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXXVII. — Q... Claude, 62 ans, le 17 août 1921 Dacryocystite O. D.

H^{re} M^{ie} : Larmolement bilatéral depuis vingt ans. Pas de sac visible. Issue de sérosité louche par la pression. 20 août : ablation d'un petit sac charnu à parois épaisses, non adhérent. Guérison. 27 août : opéré de cataracte avec succès.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LXXXXVIII. — G... Jean, 24 ans, le 6 décembre 1920. Dacryocystite O. G.

H^{re} M^{ie} : Larmolement depuis un an. Il y a huit jours, phlegmon lacrymal. 18 décembre : extraction complète d'un petit sac adhérent. Guérison en huit jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION LIL. — C... Germaine, 12 ans, le 18 mars 1921. Fistule lacrymale O. G. Bacillose ?

H^r M^l : Larmolement depuis six mois. Petite tumeur lacrymale développée insidieusement. Ablation du sac en octobre 1920. Récidive. A l'entrée, fistule. Extraction de la fistule et guérison en huit jours.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

OBSERVATION C. — B... Marie, 88 ans, le 6 juillet 1921. Dacryocystite O. D.

H^r M^l : Larmolement depuis vingt jours. Malade dans l'enfance, gros sac rond. Issue de muco-pus à l'angle interne. 9 juillet : ablation complète d'un sac à parois très épaisses.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : *Pas de microbes.*

CONCLUSIONS

I. — L'infection est à l'origine de toutes les ectasies du sac lacrymal. L'inflammation du canal lacrymonasal est primordiale, elle est suivie de sténose et, en amont, le sac enflammé s'ectasie. La tumeur lacrymale par rétention est post-inflammatoire ; elle est généralement chronique au début et subit ultérieurement des poussées aiguës ou subaiguës (hydropisie du sac, mucocèle, empyème du sac, périocystite).

II. — Cette dacryocystite avec ectasie du sac est une infection des voies lacrymales d'excrétion causée par des micro-organismes et l'on peut dire que presque tous les microbes pathogènes connus peuvent en être les agents.

III. — Sur cent examens microbiologiques faits sur des malades atteints de dacryocystite avec ectasie, à la clinique de M. le Professeur Rollet, nous avons trouvé que les micro-organismes étaient dans la proportion suivante : pneumocoque, 34 0/0 ; staphylocoque, 17 0/0 ; diplobacille, 10 0/0 ; streptocoque, 5 0/0 ; colibacille, 2 0/0 ; bacille de Pfeiffer, 4 0/0 ; bacille de Koch, 2 0/0.

IV. — A côté de ces dacryocystites microbiennes, il existe des dacryocystites amicrobiennes, dans la proportion de 17 0/0. Nous sommes alors en présence d'un processus inflammatoire chronique où, très vraisemblablement, les **agents microbiens** ont disparu progressivement en raison de l'ancienneté de la maladie. Du reste, ces dacryocystites amicrobiennes se voient tout particulièrement chez les sujets âgés atteints d'états lacrymaux très anciens et souvent méconnus et aussi lors de fistules invétérées.

V. — La dacryocystite à pneumocoques est fréquente, sans doute en raison de la présence presque normale de cet agent microbien dans la fosse nasale; ces dacryocystites seraient donc ascendantes et secondaires à des inflammations nasales. Cette dacryocystite à pneumocoques se voit surtout chez l'enfant et s'accompagne de conjonctivite de l'angle interne, survenant tardivement. L'étape est la suivante : coryza, canaliculite, sacculite lacrymale, conjonctivite angulaire.

Le pneumocoque se rencontre fréquemment dans les suppurations aiguës (phlegmon lacrymal ou péri-dacryocystite). S'il y a ulcère à hypopion concomitant, dans 34 0/0 des cas le pneumocoque est en cause.

VI. — Le streptocoque donne lieu à des inflammations à marche aiguë, à allure érysipélateuse, mais toutefois à lésions relativement circonscrites, c'est la péri-dacryocystite, mais ne s'observant guère qu'après 50 ans.

VII. — La dacryocystite à staphylocoques se voit chez l'enfant et chez l'adulte, sa marche est subaiguë et chronique ; elle est rare chez le vieillard.

VIII. — La dacryocystite à diplobacilles se voit entre 25 et 50 ans. Elle s'accompagne de conjonctivite angulaire secondaire.

IX. — La tuberculose du sac est tantôt caractérisée par la présence du bacille de Koch, 2 0/0; tantôt, et le plus souvent, on ne trouve pas le bacille, mais on note des fongosités, des adénopathies caractéristiques, du lupus concomittant, etc... On la note chez les sujets, de 12 à 25 ans.

X. — Les associations microbiennes sont surtout fréquentes chez les gens âgés. Aussi en présence de certains symptômes cliniques, il est parfois difficile d'assurer la cause pathogène exacte.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

ETIENNE ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 9 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- POULARD. — Forme particulière de périocystite aiguë à streptocoques, 1903.
- LEVINÇON. — Etude clinique, bactériologique et critique sur les maladies des voies lacrymales produisant le larmoiement (*Thèse de Paris*, 1893).
- MAZET. — Etude bactériologique et clinique des empyèmes du sac lacrymal (*Thèse de Paris*, 1895; *Société d'ophtalmologie*, 1895).
- GABRIELIDÈS. — Ophtalmologie microbologique (*Extrait de la Revue Médico-Pharmaceutique*, 1905-1906).
- FOSTER. — Dacryocystite due au bacille typhique (*Dacryocystites due to typho-bacilli*; *Archives of ophtalmology*, juillet 1908).
- CASALI. — Bactériologie des dacryocystites (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1910).
Société franç. d'oph., 1911).
- ROLLET. — Tuberculose des voies lacrymales (*Rapport à la Société Française d'Ophtalmologie*, 1911).
- GILLET DE GRANDMONT. — *Archives d'ophtalmologie*, 1892.
- SCARPA. — Traité des maladies des yeux, Paris 1807.
- GUÉRIN. — Essai sur les maladies des yeux, 1769.
- PANAS. — Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal, Paris, 1877.
- GABRIELIDÈS. — Embryologie des voies lacrymales et quelques cas de dacryocystites microbiennes (*Congrès Panhellénique*, 1901).

- ROCHE et JAUNE. — Dacryocystite aiguë primitive (*Pericystite erysipélateuse*, 1902).
- GOURFEIN. — *Archives d'Opht.*, 1898, et *Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 mai 1902.
- JAULIN. — Tuberculose des voies lacrymales (*Thèse de Paris*, 1894).
- POULARD. — Tuberculose des voies lacrymales (*Arch. d'opht.*, décembre 1903).
- MACKENSIE. — *Traité pratique des maladies des yeux*, Paris, 1844.
- FICK. — Über tuberculose des Thränensackes (*Gesellschaft der Aertze in Zurich*, décembre 1890, et *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1891).
- BOCK. — Tuberculose des Tränensackes *Wiener mediz. Wochen*, n° 18, 2 mai 1891).
- ROLLET. — La tuberculose du sac lacrymal (*La clinique ophtalmologique*, 10 juillet 1899).
- ARIBAUD. — La tumeur prélacrymale (*Thèse de Lyon*, 1900).
- GROFE. — Zur pathologischen Anatomie der Thränen sacker Krankheiten (*Arch. für opht.*, 1899).
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Recherches sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales (*Arch. d'ophtal.*, 1900).
- SEIFERT. — Tuberculose des Thränennasenkanales (*Müuch, méd. Wochen*, 1899).
- ROLLET. — La tumeur prélacrymale (*Ann. d'ocul.*, mai 1900).
d'ocul., 1905).
- DESMARRES. — *Maladie des yeux*.
- AXENFELD. — Die Tubercülose erkrankung des Tränensacks (*Medizinischen Klinik*, 1906).
- ANTONELLI. — *Soc. d'Ophtalmologie de Paris*, 1898.
- ROLLET. — *Lyon Médical*, 4 février 1900.
- ZUR NEDDEN. — *Klinik Monat für Augenh.*, 1903.
- AXENFELD. — *Traité d'Ophtalmologie (Edition française Steinhail, éd., Paris, 1914)*.

- GALEZOWSKI. — Traité des maladies des yeux, Paris 1872.
- SANSON. — Dacryocystite chronique, (*Thèse de Paris*, 1907).
- SCHONBIÉ. — Dacryocystites congénitales (*Thèse de Lyon*, 1920).
- VINCENT. — Contribution à l'étude du phlegmon du sac lacrymal (*Thèse de Toulouse*, 1897-1898).
- ARIBAUD. — La tumeur prélacrymale (*Thèse de Lyon*, 1900-1901).
- EVETZKY et BERESTEN. — *Semaine Médicale*, 1895, p. 292.
- FALCHENFELD. — *Centralb. für Augenh.*, 1902.
- GUÉNOD — *Archives d'ophtalmologie*, 1894, p. 495.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Chapitre premier. — Aperçu historique.....	12
Chapitre II. — Etiologie.....	19
Chapitre III. — Mécanisme de l'infection lacry- male.....	26
Chapitre IV. — Pathogénie.....	30
Chapitre V. — Observations.....	40
Conclusions.....	69
Bibliographie.....	72
